

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



404117
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/11/2011 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 404117 7-Data Validade da Sentença 12/11/2011

8-Número da Carteira

1002012526462800001302

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DIEX DIST ATAC IMPORT EXPORT

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA LUISA DE SOUZA FRAGA

16/09/2008

14-Telefone

(11) 344412704

15-Nome do titular do plano

DOUGLAS FERNANDO BARBOSA FRAGA

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGÊNCIAS LTDA

18-Número no CRO 39384

19-UF MG

20-Código CBO S 01

025-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

107095301611

22-Nome do Contratado Executante

BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

23-Número no CRO 39384

24-UF MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

BIANCA BORGES DE OLIVEIRA

27-Número no CRO 39384

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	081000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00					
2-00	085200042	PULPOTOMIA	17		1	13,00	0,00					
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1-Total 2-Parcial	1147,00	0,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

dupl. Material Anteróptico Kodak do pulpótomo

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

24/10/2011

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

24/10/2011

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

24/10/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa

24/11/2011